UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 60

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER PRIMITIF DU VAGIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juin 1912

PAR

Léon LE COZ

Né à Begard (Côtes-du-Nord), le 5 juin 1887

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : FORGUE, Professeur, *Président.* — ESTOR, Professeur — MASSABUAU, Agrégé — DELMAS, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 28, Rue Dom-Vaissette

1912

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CANCER PRIMITIF DU VAGIN

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *Président.*	MM. MASSABUAU, *Agrégé.*
ESTOR, *Professeur.*	DELMAS, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

J'offre cet hommage de gratitude et de reconnaissance en souvenir des longs sacrifices qu'ils se sont imposés au cours de mes années d'études.

A MES SŒURS

A MES AMIS

L. LE COZ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MASSABUAU

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DELMAS

L. LE COZ.

Au terme de nos études médicales, au moment de présenter à nos juges cette étude modeste, nous sommes heureux de remercier tous ceux qui nous ont guidé par leurs sages leçons.

Nous remercions particulièrement MM. les professeurs de l'École de médecine de Rennes, Dayot, Le Moniet, Follet, Millardet, Bodin, Véron et Assicot qui pendant quatre ans ont dirigé nos efforts dans les diverses branches de la médecine.

Nous remercions MM. les professeurs de la Faculté de Montpellier de l'aimable accueil que nous avons trouvé auprès d'eux.

Que M. le professeur Forgue daigne agréer l'expression de notre plus grande gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous prions MM. les professeurs Estor et Delmas, juges de notre thèse, de recevoir l'expression de notre reconnaissance.

M. le professeur Massabuau nous a accueilli avec une extrême bienveillance et a daigné nous aider de ses conseils au cours de notre travail. Qu'il reçoive nos remerciements les plus sincères, et qu'il soit persuadé que nous lui garderons notre plus grande reconnaissance et notre meilleur souvenir.

cale et une urétrale. La portion uretéro-vésicale est en rapport avec le trigone et le bas-fond de la vessie ainsi qu'avec les uretères qui y débouchent. Cette portion uretéro-vésicale peut elle-même se diviser en deux parties. Une située en avant, unie à la vessie dans l'étendue de 1 cm. et demi par un tissu cellulaire lâche. Dans le reste de la portion vésicale l'union est plus intime, assurée par un tissu conjonctif très serré. Les parois vésicale et vaginale accolées constituent la cloison vésico-vaginale longue et large de 3 cm. en moyenne, épaisse de 6 à 7 mm. Cette cloison peut se dédoubler mais moins facilement que la précédente.

La portion urétrale est absolument inséparable de l'urètre à cause d'un tissu cellulaire très dense. En regard du col de la vessie, on peut isoler les deux conduits de 5 mm. à peine. Cette paroi urétro-vaginale est épaisse de 5 à 12 mm.

D'après cela il est facile de déduire le pronostic, au point de vue opératoire, d'un cancer situé sur l'une ou l'autre de ces parois.

Paroi postérieure. — Cette paroi est successivement péritonéale, rectale, périnéale.

Le péritoine descend à 12 ou 15 mm. sur la paroi vaginale postérieure et se réfléchit devant le rectum en formant le cul-de-sac de Douglas.

Au-dessous de ce cul-de-sac, le rapport devient immédiat entre le vagin et le rectum qui ne sont plus séparés que par un tissu cellulaire permettant un décollement facile. Cette cloison recto-vaginale, épaisse de 3 à 4 mm., outre du tissu cellulaire, contient de nombreuses veines, des lymphatiques et un feuillet fibreux dépendant de l'aponévrose supérieure du releveur de l'anus. Le

rectum est surtout en rapport avec la partie moyenne du vagin.

La paroi de celui-ci est en connexion avec le rectum sur une longueur de 4 cent.; quand celui-ci se porte en arrière, il se forme entre les deux organes un angle : triangle recto-vaginal qui, mesurant 25 mm. environ dans le sens vertical et antéro-postérieur, est rempli par une masse dense, fibro-musculaire. Cette masse est constituée par l'entrecroisement des muscles, sphincter externe de l'anus, transverse superficiel du périnée et constricteur de la vulve.

Au point de vue opératoire, un cancer du cul-de-sac postérieur sera d'un bon pronostic à cause du décollement facile, tant qu'il n'y aura pas eu extension à la séreuse et au tissu cellulaire sous-péritonéal. Au-dessous du cul-de-sac de Douglas, le rapport entre le vagin et le rectum devient immédiat. Le tissu cellulaire est lâche et permet un décollement facile, si toutefois la propagation n'a pas atteint le rectum. Dans le cas contraire, l'exérèse du rectum partielle ou totale sera indiquée.

Le cancer primitif, qui se développe à la partie inférieure de la paroi postérieure, se propagera aux tissus qui comblent le triangle recto-vaginal et à la vulve.

Bords latéraux. — Ils peuvent être divisés en deux parties : l'une supérieure pelvienne, la plus grande ; l'autre inférieure périnéale, séparée par le point où le releveur croise le vagin.

Au-dessus du releveur, le vagin contribue à limiter, avec l'aponévrose supérieure de ce muscle, la cavité pelvienne sous-péritonéale remplie par du tissu cellulo-fibreux et quelques faisceaux musculaires lisses s'unissant au vagin.

Au-dessus du releveur, le vagin contribue à limiter, avec l'aponévrose supérieure de ce muscle, la cavité pelvienne sous-péritonéale remplie par du tissu cellulo-fibreux et quelques faisceaux musculaires lisses s'unissant au vagin. Dans ce tissu on trouve : des plexus veineux très abondants, les artères vaginales, cervico et vésico-vaginale, l'artère utérine, les uretères.

Ceux-ci, entourés de lacis veineux, sont au niveau de l'insertion du vagin sur l'utérus, situés de chaque côté à 1 cm. et demi des culs-de-sacs latéraux. A partir de ce point, les uretères se rapprochent graduellement du vagin, atteignent sa paroi antérieure, à laquelle ils sont unis par un tissu conjonctivo-vasculaire ; de là, ils passent au devant du vagin et s'abouchent à la vessie.

Les faisceaux les plus internes du releveur de l'anus croisent le vagin à l'union des trois quarts supérieurs et du quart inférieur. Le muscle lui adhère par un tissu cellulaire. Au-dessus du releveur, le vagin est en connexion avec l'aponévrose supérieure de ce muscle, dont les fibres se confondent avec la tunique adventice du conduit et se portent à la rencontre de la lame pelvienne de l'aponévrose périnéale moyenne. Au-dessous, les faces latérales du vagin sont en rapport avec cette aponévrose qui l'embrasse d'une façon intime en s'unissant à lui. Cette aponévrose, appelée aussi plancher uro-génital, est une formation complexe. Au-dessous du releveur, le creux ischio-rectal ; au-dessus, la cavité péritonéale sont comblés par un tissu cellulaire abondant où la propagation du mal se fait facilement, surtout à cause des nombreux lymphatiques que nous allons maintenant étudier.

Les recherches minutieuses entreprises dans ces dernières années sur la circulation lymphatique du vagin (Poirier, Charpy, Brühns, Moran, Gerota, Marcille) ont établi

que le réseau vaginal communique très largement avec celui du col utérin en haut, de la vulve en bas et du rectum en arrière ; les appareils lymphatiques du vagin et de la vessie paraissent par contre complètement indépendants. Les lymphatiques de la partie supérieure du vagin, collectés de chaque côté en trois troncs, s'unissent à ceux du col utérin et passent par la base du ligament large pour se rendre au groupe supérieur de la chaîne ganglionnaire hypogastrique. Les lymphatiques du tiers moyen donnent naissance de chaque côté à deux vaisseaux qui suivent le trajet de l'artère vaginale et aboutissent aux ganglions hypogastriques inférieurs. De la paroi postérieure partent encore deux autres troncs qui continuent le rectum et se portent vers un petit groupe de ganglions situés sur le plancher pelvien immédiatement en dehors du fascia latéral. D'autres troncs moins volumineux sortent également de la paroi postérieure, traversent directement le fascia rectal et vont aux ganglions ano-rectaux et par leur intermédiaire aux ganglions hémorroïdaux supérieurs et mésorectaux. Quant aux lymphatiques du segment inférieur du vagin, ils se confondent avec le réseau vulvaire et aboutissent avec lui aux ganglions inguinaux. De plus à ce niveau il existe presque toujours quelques petits ganglions dans l'épaisseur même de la paroi vagino-rectale.

ETIOLOGIE

Le cancer primitif du vagin est rare; Martin ne l'a observé qu'une fois sur 5.000 femmes. Himmelfarb a réuni tous les cas jusqu'en 1906 et n'en a trouvé que 172.

D'après les statistiques concordantes de Eppinger (Prague), Hecht (Vienne), Blagovoline (Moscou), il représente seulement 2 à 3 p. 100 des cancers intéressant l'appareil génital de la femme. La majeure partie des cas est observée sur des femmes de 40 à 60 ans. Cependant on l'observe avec une fréquence diminuant progressivement entre 20 et 30 ans, et entre 15 et 30 ans. Guersant rapporte le cas d'un cancer du vagin chez une fillette de 3 ans et demi. Johannosky (9 ans), et Smith (14 mois).

Kustner a noté l'hérédité une seule fois. Hegar, Shmidt, Gebhard et Winckel ont vu un cancer se produire au niveau d'une ulcération provoquée par le trop long séjour d'un pessaire. Pozzi considère la leucoplasie comme une prédisposition.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'épithéliome débute généralement au niveau de la face postérieure du vagin. Seyffert d'après 143 cas donne la localisation suivante :

Paroi postérieure	85 cas
Paroi antérieure	24 —
Bords latéraux	14 —
Contournant le vagin (annulaire)	20 —

Macroscopiquement on distingue : *La forme végétante ou papillaire*, excroissance à large base s'étendant ensuite en bas vers la vulve, en haut vers le col de l'utérus. L'ulcération survient rapidement et présente un fond irrégulier, vallonné, recouvert d'un enduit sanieux, bordé de végétations molles et friables.

La forme nodulaire, ou infiltrée, débutant par îlots rapidement confluents qui parfois sont spécialement localisés autour de l'urètre, formant un type clinique assez bien défini, le cancer périurétral. On peut avoir une forme annulaire, le vagin étant transformé en un conduit rigide.

Histologiquement : l'épithéliome du vagin est pavimenteur, habituellement de forme lobulée, avec de nombreux globes épidermiques. L'épithéliome tubulé est plus rare.

SYMPTOMES

L'épithélioma primitif du vagin reste souvent latent pendant un temps assez long. On ne découvre quelquefois la tumeur que par hasard.

Dans d'autres cas, le début de la maladie est marqué par un suintement séro-sanguinolent, ou même par une hémorragie abondante. Puis les symptômes s'accentuent. L'écoulement leucorrhéique devient sanieux et exhale une odeur fétide, l'hémorragie plus fréquente et abondante. Puis apparaissent les douleurs sous forme de démangeaison ou de cuisson, souvent aussi sous forme de crise paroxystique avec irradiations vers le bassin et la racine des cuisses. On peut sentir des ganglions aux aines. Les troubles du voisinage sont la constipation et la dysurie provoquées par la compression du rectum et de la vessie.

L'état général est souvent bien conservé pendant un certain temps, mais l'évolution est généralement rapide. Les métastases ganglionnaires sont précoces et la mort survient dans un temps variant de 7 à 24 mois.

DIAGNOSTIC

Il est généralement facile. L'hésitation sera cependant possible dans quelques cas.

Le sarcome en grappe, sous la forme d'une infiltration diffuse ou d'une tumeur sessile ulcérée, provoquera l'erreur.

Le chancre mou, s'il s'excave et décolle les parties voisines, donnera quelques difficultés. L'examen bactériologique et l'inoculation lèveront le doute.

Le chancre syphilitique du vagin, rare, et les gommes seront reconnus par leur guérison rapide sous l'influence du mercure.

La tuberculose du vagin ; l'ulcère rond simple, forme très rare de bacillose.

Somme toute, lorsqu'il y a doute, l'examen histologique s'impose.

TRAITEMENT

Dans l'étude du traitement, pour la clarté et la commodité du sujet, nous classerons les interventions en trois groupes, nous basant sur la situation et l'étendue de la lésion. Nous étudierons donc successivement, au point de vue opératoire : le cancer du vagin bas situé et limité ; le cancer haut situé avec extension au col ; le cancer plus ou moins diffus, plus ou moins infiltré, plus ou moins propagé aux organes sous-jacents en particulier le rectum.

I

Cancer bas situé sur la paroi postérieure et limité

En tête par sa simplicité se place l'excision de Hégar et Kaltenbach qui emprunte la voie vaginale. Au travers de la vulve, agrandie au besoin par deux incisions libératrices latérales, on circonscrit la tumeur par une incision dépassant largement la région néoplasique et tracée

autant que possible, en tissu sain. On détache ensuite la tumeur de sa base d'implantation.

Pour ce faire, le vagin ne doit pas être trop étroit ou trop long. De plus, le champ opératoire n'est pas très accessible à l'œil et au doigt, malgré les incisions libératrices latérales.

Les résultats ne sont guère brillants. Martin dit : « Toutes mes malades ont succombé à la récidive, quoique je sois absolument certain que mes incisions empiétaient sur les parties saines », et, d'après Pichevin, cette opération donne 100 p. 100 de récidive précoce. La littérature ne renseigne que 2 cas qui soient restés guéris, le premier publié par Schwartz, le second par Lauenstein ; les deux fois il s'agissait de toutes petites tumeurs siégeant à la paroi postérieure du vagin immédiatement au-dessus de l'anneau vulvaire.

Ces échecs ont poussé les chirurgiens à étendre la portée de leurs interventions. Zuckerkandl préconisa la périnéotomie en 1889 pour l'extirpation de l'utérus. Olshausen, en 1895, publia 3 cas d'extirpation du vagin par cette méthode, semblant ignorer que Pozzi avait déjà opéré pareillement quelques semaines auparavant.

Après incision transversale du périnée, la paroi vaginale est décollée de la paroi rectale ; le décollement est poussé jusqu'au cul-de-sac de Douglas. La libération étant complète, on fait saillir la tumeur à l'intérieur du vagin et on l'enlève en empiétant largement sur les tissus sains. Si le col de l'utérus est infiltré, on effondre le cul-de-sac, l'utérus est renversé en arrière dans l'espace situé entre le vagin et le rectum, on sectionne les ligaments larges en les liant au fur et à mesure et en allant des trompes vers le col. L'hystérectomie est achevée par le décollement de l'utérus et de la vessie. Pozzi termine

cette opération par une réunion de la plaie périnéale suivant une ligne perpendiculaire au trajet de l'incision. Il réalise ainsi une périnéoraphie à la Lawson-Tait.

Les avantages de cette opération résident surtout dans la possibilité du dédoublement et de l'extirpation de l'utérus sans toucher aux parties carcinomateuses, dans la facilité d'aborder et de réséquer les parties malades.

Malgré cela, Olshausen lui-même est bien réservé au sujet des résultats ultérieurs. Sur 16 malades opérées à sa clinique, chez 15 la récidive fut rapide, tandis que dans un seul cas, il n'y en aurait pas eu un an après l'opération.

Malgré divers perfectionnements apportés à ces procédés, les récidives n'en sont pas moins fréquentes et rapides, soit du côté des ganglions hypogastriques, soit du côté du paramétrium.

II

Cancer de la partie supérieure du vagin avec propagation au col

Les récidives après des opérations trop parcimonieuses ont incité les chirurgiens à faire des interventions plus grandes. Dans les méthodes précédemment décrites, l'étendue des excisions est surtout en surface, l'excision en profondeur restant insuffisante. Les gynécologues se sont alors demandé si en faisant une intervention par voie combinée : une colpo-hystérectomie périnéo-abdominale, ils ne pourraient pas enlever les ganglions malades, faire des exérèses larges et suffisantes dans le

tissu cellulaire de la région et extirper dans sa continuité l'arbre génital tout entier.

On pratiquait déjà, pour les cancers du col, l'hystérectomie abdominale totale comprenant avec l'utérus une collerette vaginale plus ou moins étendue. M. Imbert pensa que l'on pourrait appliquer cette intervention au cancer primitif du vagin et fit, en collaboration avec M. Piéri, une communication à la Société de chirurgie de Paris en novembre 1905. Il y règle les différents temps de l'opération de la façon suivante :

« 1° Temps vaginal. Il comporte la dissection d'une collerette de muqueuse vaginale, à partir de l'orifice vulvaire, sur une étendue de 3 cm. environ. Cela fait, une première suture en bourse ferme le manchon disséqué, un deuxième plan accole les surfaces orientées et oblitère la vulve, supprimant dès ce moment toute chance d'infection basse pour le temps abdominal.

» 2° Temps abdominal : laparotomie, section des ligaments larges, comme dans l'hystérectomie abdominale. Il paraît avantageux alors de faire la ligature des deux hypogastriques. On évite ainsi l'hémorragie que produira plus tard la section du pédicule vaginal : or cette hémorragie peut être embarrassante en raison de sa source profonde dans le bassin, et l'hémostase augmentant notablement la durée de l'acte opératoire. Cette double ligature effectuée, on dissèque des lambeaux péritonéaux comme dans l'hystérectomie et on les décolle très largement en avant et en arrière en s'aidant d'une compresse. Les deux pédicules vaginaux sont sectionnés et, en complétant le décollement, on arrive sans trop de difficultés au point où s'était arrêtée la dissection vaginale ; on enlève alors en bloc l'utérus et le vagin à l'état

de cavité close. La restauration du plancher pelvien se fait par le procédé ordinaire. »

Le 13 juin 1906, le docteur Pierre Duval fait une communication à la même Société et décrit une technique opératoire analogue que nous résumons. Après avoir dans un premier temps périnéal désinséré le vagin au niveau de la vulve et l'avoir libéré jusque vers sa partie supérieure, celui-ci est suturé de façon à le transformer en un sac fermé : puis, après avoir suturé la vulve en y laissant seulement la place d'un drain, les attaches supérieures du vagin sont libérées par l'abdomen, le néoplasme est isolé, la tumeur et le sac vaginal sont enlevés, le fond du bassin est péritonisé.

D'après Duval, l'avantage serait de suivre plus étroitement les règles de l'asepsie, car « il faut enlever l'organe, en l'espèce le vagin, comme un sac septique fermé, d'où le dégagement initial de la vulve et sa fermeture par deux rangs de suture ». Faure préconise la même opération, mais pour une raison tout autre : « C'est exclusivement, dit-il, parce qu'elle permet d'élever l'utérus et de disséquer beaucoup plus facilement la région précervicale, tout en faisant courir des risques bien moins grands aux uretères qui, fixés au bas-fond vésical, ne montent pas avec le col utérin et glissent le long des parois vaginales, à moins d'être englobés dans l'induration inflammatoire ou néoplasique. »

Nous lisons dans la thèse du docteur Bourgeot (de Lyon) que, « pour M. le professeur Pollosson, il convient de considérer, dans l'extirpation des néoplasmes, quels sont les moyens de faire cette extirpation le plus largement possible dans le sens de l'extension lymphatique du néoplasme. L'opération abdominale pure présente, d'après lui, une supériorité sur les autres voies », et pour

cela, explique-t-il dans la suite, il faut enlever avec le néoplasme le tissu cellulaire sous-jacent, première étape lymphatique. Pour lui, la méthode de MM. Imbert et Piéri apporterait une amélioration des résultats immédiats, mais pour les résultats éloignés il préfère sa méthode, surtout pour les cancers du vagin à type élevé seulement, car dans une autre intervention ultérieure, pour un néoplasme situé un peu en bas, il déclara à ce moment qu'à l'avenir, pour les cas analogues, il essaierait la voie combinée abdomino-périnéale.

Cette voie fut suivie peu après par M. Bérard (de Lyon), et en collaboration avec M. Leriche il en exposa la technique à la Société de chirurgie (séance du 5 juillet 1906). Nous ne la décrirons pas, nous dirons seulement que, contrairement à M. Imbert, M. Bérard commence par le temps abdominal et finit par l'extirpation basse du vagin.

Dans sa thèse, le docteur Bourgeot, parlant des opérations que nous avons décrites dans le premier groupe, les appelle traitement ancien et les juge insuffisantes ; il résume notre second groupe qui, pour lui, est le traitement nouveau, en citant l'opinion du professeur Pollosson : « Lorsque le néoplasme siègera au tiers supérieur, on emploiera la méthode abdominale. Lorsqu'il siègera au tiers moyen, s'il est limité et mobile, on emploiera encore la méthode abdominale pure, mais, s'il est fixé, on se servira de la voie abdomino-périnéale. A plus forte raison, si le néoplasme siège au tiers inférieur, c'est la voie abdomino-périnéale qui est recommandée. »

Les résultats immédiats de ces différentes interventions ont été tous excellents. La plupart des opérées sortent de l'hôpital au bout d'un mois en moyenne. Tout au plus constate-t-on quelques accidents vésicaux, rétention

d'urine prolongée avec poussées de congestion rénale, ou cystite aiguë avec hématurie trouble, accidents qui cèdent à un régime et ensuite à un traitement local (sonde à demeure, lavages chauds).

Les récidives sont moins rapides. Sur quatre cas opérés par M. Pollosson, trois sont pour des tumeurs siégeant sur la paroi postérieure, le col paraissant intact, tous les trois opérés par voie abdominale ; la récidive a lieu au bout d'une année. Le quatrième cas, néoplasme de la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin, opéré par le procédé périnéo-abdominal, n'était pas récidivant six mois après, laps de temps un peu court, il est vrai, pour bien juger de la valeur de l'intervention. La récidive n'est guère retardée au delà d'un an dans les autres cas ainsi opérés et dont nous avons pu suivre l'observation. Cependant la littérature renseigne comme guéries les opérées de Krönig (5 ans), de Veit (3 ans et 7 mois), de Bröse (2 ans et demi). Ces renseignements datent de 1910.

Presque toujours la récidive survient d'abord dans la cicatrice opératoire, ensuite dans le rectum, ce qui ne doit pas nous étonner vu l'épaisseur du septum vagino-rectal épais de 7 à 8 mm. D'après le docteur de Beule (de Gand), « la tumeur a beau être mobile, la paroi rectale peut paraître indemne, l'infiltration cancéreuse a déjà passé dans la sous-muqueuse vaginale. En décollant la paroi postérieure du vagin, on laisse des parcelles néoplasiques, on dissémine les éléments cancéreux et on inocule la plaie opératoire. Il faut ajouter l'envahissement des voies lymphatiques qui se trouvent avec celles du rectum en connexion si étroites.

II

Cancers étendus et infiltrés sans cependant dépasser la limite opérable.

Après toutes ces récidives, l'idée d'enlever le rectum, avec le vagin et la matrice, s'est présentée à l'esprit des chirurgiens. D'ailleurs, on n'est pas arrivé d'emblée à pratiquer ces larges exérèses. Legueu, Lauenstein, Stankiwichz, Wertheim commencèrent par extirper seulement la paroi rectale immédiatement sous-jacente à la tumeur vaginale. Pryor, Von Meyer, Kleinhaus, Zweifel, Friedrich, Himmelfarb, Döderlein et de Beule sont allés plus loin et ont pratiqué la résection complète du rectum. La plupart de ces chirurgiens ont donné leur technique : mais nous ne décrirons que deux procédés, celui de Himmelfarb et celui de de Beule, parce qu'à eux deux seulement, ils résument assez bien l'ensemble des interventions de ce genre tentées et publiées jusqu'à ce jour.

L'opération d'Himmelfarb eut lieu le 17 novembre 1903. Il suivit la voie combinée abdomino-périnéale. « Le ventre ouvert, les deux artères hypogastriques furent liées préventivement ; la matrice isolée en même temps que le vagin, d'après la méthode de Wertheim pour l'opération du cancer utérin. Puis le méso-rectum fut sectionné entre deux ligatures, de façon que l'S iliaque pût facilement être abaissé ; celui-ci fut coupé en travers, le bout inférieur fermé, et le supérieur implanté à la peau,

créant donc d'abord un anus iliaque. Reconstitution du plancher péritonéal, par-dessus la matrice et le rectum refoulés vers le bas au fond de la cavité pelvienne ; fermeture du ventre. La malade mise en position de la taille, le vagin et le rectum furent libérés alors par voie périnéale. Matrice, vagin et rectum purent ainsi être extraits en bloc. L'énorme brèche périnéale fut rétrécie et tamponnée convenablement. Au bout de huit semaines, la cavité était complètement fermée. »

De Beule opéra, au mois d'août 1908, « pour une tumeur, à la face postérieure du vagin, imédiatement au-dessus de l'anneau vulvaire, ulcère cratériforme grand comme une pièce de 5 francs. Curage préalable des régions inguinales. Puis, grande incision en raquette, partant de la symphyse sacro-iliaque gauche pour se bifurquer à la pointe du coccyx et circonscrire en même temps l'anus et l'entrée vaginale. Dissection des lèvres de l'incision, et fermeture en bourse des ouvertures anale et vulvaire. Résection du coccyx et du tiers inférieur du sacrum. Libération du rectum tout en haut ; ouverture du péritoine ; section du mésorectum et abaissement de l'anse iliaque. Ensuite fermeture de la brèche péritonéale par suture, et, à l'aide du thermocautère, section transversale du rectum entre deux clamps. Le bout supérieur enveloppé d'une compresse est mis de côté. Le tronçon inférieur abaissé, le vagin se laisse sans peine dégager à droite et à gauche ; il est sectionné entre deux clamps, posés au ras du col utérin ; le décollement de la paroi vaginale antérieure d'avec la vessie et l'urètre s'achève alors facilement de haut en bas. Fixation du rectum, préalablement tordu sur son axe, dans l'angle supérieur de la plaie sacrée ; matrice abaissée et suturée par sa collerette vaginale dans l'angle antérieur de la

brèche périnéale ; celle-ci est rétrécie en grande partie par des points de suture perdus et, pour le reste, convenablement tamponnée. L'opération marcha très régulièrement : l'hémorragie fut cependant assez considérable ; le saignement en nappe surtout se montra abondant. L'évolution post-opératoire n'a été marquée par aucun incident ; la cicatrisation s'est faite rapidement ; au bout d'un mois, l'opérée était sur pied ».

On cite 10 opérations de ce genre jnsqu'en 1910 ; les 2 premières pratiquées par Pryor, les 8 autres par Von Meyer, Kleinhaus, Zweifel, Friedrich, Döderlein, Himmelfarb, De Beule et Dandois. Zweifel, Friedrich, Von Meyer et Döderlein ont employé la voie périnéale seule sans aborder le sacrum. Pryor et Himmelfarb ont suivi la voie combinée abdomino-périnéale. Kleinhaus, de Beule et Dandois seuls ont abordé et réséqué le sacrum. La dernière, de Dandois, en 1908, a été faite absolument suivant la technique de de Beule.

Les résultats immédiats des deux opérées d'Himmelfarb et de Beule ont été excellents. Cependant les suites de l'opération d'Himmelfarb durèrent deux mois : cela n'est guère étonnant, vu les grands délabrements accomplis. La malade de de Beule fut sur pied au bout d'un mois. Mais il faut remarquer qu'il sutura la matrice dans l'angle antérieur de la brèche périnéale, ce qui contribua probablement pour beaucoup à raccourcir les suites opératoires : « Dans le cas de cancer bas suturé, dit l'auteur lui-même, il n'est pas en effet indispensable d'enlever la matrice ; il suffira de l'abaisser et de la fixer à la peau ; sa conservation présente même un certain avantage dans ce sens qu'elle concourt à assurer la solidité du plancher pelvien. »

Les résultats à distance sont sans conteste supérieurs

à tous les autres. Malheureusement, les chirurgiens qui ont pu suivre leurs opérées suffisamment longtemps sont peu nombreux. Les deux malades de Pryor ont récidivé à bref délai dans le tronçon rectal. L'opérée de Legueu fut présentée le 13 février 1907 à la Société de chirurgie de Paris, 10 ans après l'intervention, et de Beule écrivait le 24 septembre 1910 « qu'elle était toujours en excellent état », ce qui faisait donc 13 ans et 7 mois. Les malades de Lauenstein, Von Herff, Wertheim et Himmelfarb n'avaient pas encore de récidive au bout de 3 ans. De Beule, après 1910, ajoute le nota bene suivant dans son opuscule : « L'opérée actuellement se porte toujours très bien ; il y a donc plus de 3 ans que l'intervention a eu lieu. »

Les cas de ce genre sont peu nombreux et encore récents pour, de là, appliquer systématiquement ces larges interventions au cancer du vagin. Nous citerons le docteur de Beule qui donne à notre avis une appréciation véritablement juste de la question. « A juger d'après ces quelques résultats, l'opération très étendue se justifierait donc parfaitement. Certes l'extirpation totale du vagin, l'hystérectomie et, de plus, la résection du rectum constituent de formidables délabrements auxquels on aura toujours de la peine à se résoudre, cela particulièrement parce que la lésion initiale est souvent en apparence insignifiante. Et cependant tous ceux que l'expérience a instruits en sont venus là. J'y suis d'ailleurs arrivé moi-même, contraint et forcé par l'insuffisance d'interventions qui de prime abord sembleront très larges. »

OBSERVATIONS

Observation I

(Donnée obligeamment par M. le professeur Forgue. — Inédite.)

Mme M..., âgée de 59 ans, sans antécédents héréditaires intéressants, a eu six grossesses normales et une fausse couche. La maladie a débuté il y a 8 mois, sous la formes de pertes blanches d'abord, puis teintées de rouge, et, dans ces derniers temps, d'aspect roussâtre, et malodorantes. Depuis quelque temps, elle éprouve quelques faux besoins d'aller à la selle, et elle se plaint de tiraillements dans les lombes, et de sensations douloureuses dans les cuisses. Mais, en somme, ce qui domine son état et l'amène à notre examen, ce sont ces pertes rousses, sales et fétides.

A l'examen, on trouve dans la région de la lèvre postérieure du col et de la paroi postérieure du vagin une tumeur volumineuse, mesurant à peu près 6 cm. de long, et occupant en largeur la demi-circonférence postérieure du vagin. Cette tumeur est en chou-fleur, bourgeon-

hante, formant une masse rougeâtre, recouverte d'un enduit pultacé sale : son pôle inférieur se prolonge jusqu'après de 3 cm. de la vulve, sous l'aspect de de 2 véritables grappes de végétations ; son pôle supérieur occupe toute la lèvre postérieure du col et se prolonge davantage vers la commissure gauche du col et vers l'insertion vaginale correspondante. Cette masse est friable ; elle saigne facilement lors de la mise en place des valves.

La lèvre antérieure est saine et embrasse comme un croissant tout le pôle supérieur de la masse bourgeonnante. Le toucher rectal combiné au toucher vaginal permet d'établir qu'il n'y a pas d'infiltration dans la paroi rectale, que celle-ci n'est ni ulcérée, ni soulevée par la saillie d'une tumeur intra-rectale, ni adhérente.

Je pose donc le diagnostic d'épithélioma de la paroi postérieure du vagin, propagé à la lèvre postérieure du col.

Dès lors, je m'arrête au plan opératoire suivant, que j'exécute le 21 avril 1911. Je me propose d'enlever en bloc la tumeur, par dédoubtement de la cloisou recto-vaginale, et de lui combiner une amputation très haute du col, emportant d'*une seule pièce* toute la partie basse de l'utérus et toute la lame vaginale postérieure. Dans ce but, je place deux pinces à abaissement, sur les deux côtés de la commissure vulvaire inférieure ; le seuil de la vulve tendu ainsi transversalement, je commence la dissection de la lame vaginale, selon les mêmes règles techniques que nous suivons pour la colporaphie postérieure. Une fois le clivage de la cloison recto-vaginale bien amorcé, d'autant plus facilement et d'autant plus nettement que cette zone de la paroi vaginale postérieure est saine, je poursuis de bas en haut cette dissection de la

paroi vaginale, en prenant soin, quand j'approche de la zone de la tumeur, d'exciser la paroi vaginale à une distance de 8 à 9 mm. de la bordure cancéreuse, en paroi sûrement saine. Cette dissection est délicate à conduire dans la partie la plus haute de la cloison recto-vaginale, et je tâche, tout en la conduisant aussi haut et profondément qu'il est nécessaire, d'éviter l'ouverture du Douglas : la chose m'a été possible, à la faveur de l'excellente anesthésie due à la rachi-anesthésie, à la précision de l'hémostase, à la découverte méthodique du cul-de-sac séreux et à son dégagement vers en haut à coups de doigt. Quand j'ai ainsi bien libéré la face postérieure du col, au delà de toute partie suspecte et infiltrée, je poursuis l'incision circulaire de la muqueuse vaginale, au delà de la lèvre antérieure du col ; à coups de ciseaux, obliquement donnés, je dégage peu à peu une hauteur considérable de la paroi antérieure de l'utérus, en prenant soin, ici aussi, de reconnaître, de remonter et d'éviter le cul-de-sac vésico-utérin.

A ce moment, tout le segment inférieur de l'utérus est ainsi libéré, circulairement disséqué au delà de toute partie suspecte ; à coups de ciseaux, je coupe l'utérus en travers réalisant ainsi une amputation très haute, plus que sus-isthmale, et j'enlève d'un seul tenant toute la pièce cancéreuse, à savoir paroi postérieure du vagin et segment inférieur de l'utérus attenant. Puis, je rapproche les bords latéraux, répondant à l'excision du large lambeau vaginal postérieur par un surjet au catgut, soigneusement ajusté, ce qui réduit le vagin à des dimensions tout à fait exiguës.

Les suites ont été aseptiques et simples. La malade a été revue en juin ; il s'est produit un fait anatomique intéressant ; dans le fond du petit vagin ainsi créé, il est

arrivé que l'incision postérieure s'est réunie à l'incision anté-utérine, si bien que la paroi postérieure du vagin, soudée à la paroi antérieure, est tendue en rideau au devant du fond utérin conservé, et que le vagin ainsi fermé en un cul-de-sac aux parois souples et lisses, sans traces de récidives.

Observation II

(Trapenard. — Thèse de Paris, 1907. Prise dans le service du professeur Legueu.)

Mme X..., examinée en septembre 1897. Toute la paroi postérieure du vagin était envahie par une tumeur végétante et papillaire qui saignait au moindre contact et se prolongeait dans le cul-de-sac gauche, sans envahir l'utérus.

Cette malade avait depuis le mois de mai des douleurs tellement vives qu'elle ne pouvait dormir ni jour ni nuit et qu'elle se fût suicidée, si elle n'avait été soulagée.

L'extension de la tumeur et ces très vives douleurs font hésiter pour l'opération.

Néanmoins, M. Legueu fendit la vulve par deux incisions, enleva tout le vagin avec la paroi du rectum correspondante, poursuivit dans la cavité pelvienne une grosse masse qui se prolongeait jusque du côté de l'épine sciatique, et sutura ensuite le col abaissé à la vulve. C'était un épithélioma pavimenteux lobulé.

Dix ans après, M. le professeur Legueu présenta cette malade bien portante à la Société de chirurgie dans la séance du 13 février 1907.

Observation III

(Bourgeot. — Thèse de Lyon, 1907. Service du professeur Pollosson.)

Malade âgée de 50 ans, veuve, pas d'enfant, ni de fausse couche. Réglée à 15 ans, régulièrement. Bonne santé habituelle.

Elle entre à la clinique de la Charité pour des pertes blanches. Chaque examen gynécologique provoque des pertes de sang.

Au toucher, on constate sur la paroi postérieure du vagin, au niveau du tiers moyen, une surface irrégulière, tomenteuse, friable et saignant facilement au doigt. Cette ulcération repose sur un pourtour induré et a l'étendue d'une pièce de 5 fr. environ. Au-dessus de la tumeur, il existe un pont de muqueuse saine la séparant du col utérin. Le cul-de-sac postérieur et le col de l'utérus ne pas atteints.

Le toucher rectal ne révèle pas d'extension du côté du rectum, la muqueuse est saine et glisse sur la tumeur; latéralement les tissus périvaginaux ne paraissent pas envahis : mais il est difficile de se rendre compte de l'extension de la tumeur en profondeur.

Intervention 28 juin 1906. Laparotomie transversale. Libération de l'utérus et des annexes par leurs pédicules supérieurs, ligature et section des ligaments ronds. Recherche de l'utérine le plus en dehors possible. Recherche et libération de l'uretère ; la malade est grasse, ce qui rend cette recherche difficile. Libération de la vessie en

avant le plus bas possible. Section des ligaments utéro-sacrés et de toutes les parties latérales qui retiennent le vagin de côté.

A droite, cette section est satisfaisante et l'on arrive sur le conduit vaginal après avoir contourné une masse de tissu cellulaire épaisse et saine. Mais, à gauche, on s'aperçoit que le tissu cellulaire paravaginal est envahi profondément. Cette extension n'avait pas été reconnue comme aussi importante à l'examen clinique.

La libération et l'exérèse du néoplasme est alors difficile par voie abdominale, une déchirure se produit au niveau de l'ulcération et une reprise est nécessaire. Le fragment inférieur est bien enlevé complètement, mais l'opération n'est pas satisfaisante, et la possibilité d'une greffe opératoire est envisagée.

Récidive. — La malade est revue le 18 juin 1907. Il existe un noyau cancéreux sous-muqueux, près de la vulve, du volume d'une cerise, ainsi qu'une ulcération sur la cicatrice.

Observation IV

(Bourgeot. — Thèse de Lyon, 1907. Service du professeur Pollosson.)

Veuve B..., 39 ans. La malade vient à la Charité le 19 janvier 1907, parce que depuis 2 mois elle a des pertes rouges.

Antécédents héréditaires. — Aucun renseignement certain. Père mort probablement de cancroïde du nez. Mère morte subitement.

Antécédents personnels. — Aucune maladie sérieuse de l'enfance, mais santé toujours délicate.

Réglée à 15 ans, régulièrement, jusqu'à 20 ans. A ce moment, la malade accouche d'une fille bien portante. Retour de couches 50 jours après l'accouchement et depuis arrêt complet des règles pendant 15 ans. Les règles ne sont revenues qu'une fois, il y a 9 ans. Depuis 2 ans, la malade a des pertes blanches, mais non puriformes, ne présentant de l'odeur que depuis quelque temps. En outre, depuis 2 mois, elle a des pertes rouges. Au mois de novembre elle a d'abord eu une perte ayant durée 2 ou 3 jours, puis à la fin de décembre elle a eu de nouveau des pertes rouges peu abondantes qui ont persisté jusqu'à maintenant.

Pas de douleurs lombaires ou crurales. La malade dit avoir depuis longtemps de la difficulté pour uriner ; mais ses urines sont claires, jamais d'hématuries.

A l'examen, on trouve sur la paroi antérieure du vagin, à sa partie inférieure, à 5 centimètres environ de la vulve, une ulcération reposant sur une base indurée. Au-dessus de cette ulcération, il existe un petit pont de muqueuse saine séparant la tumeur du col utérin. Le cul-de-sac vaginal antérieur et le col ne sont pas atteints. Il est difficile de se rendre compte cliniquement de l'extension de la tumeur en profondeur et de savoir si la vessie est intéressée.

Intervention (24 janvier 1907). On commence par un temps vaginal. Incision et décollement du vagin sur le pourtour : en arrière, à 2 cm. de la vulve ; en avant, à 2 cm. du méat et à 2 cm. du néoplasme. Ce décollement est régulier et poussé en avant sur 3 ou 4 cm. d'étendue.

Fermeture en bourse.

Laparotomie transversale. On tombe sur un utérus

petit, du volume du pouce, les trompes filiformes, les ovaires comme une noisette et lisses. Ligatures des utérines de chaque côté. La dissection des uretères est classique. En avant on tombe tout de suite dans le décollement vaginal. En arrière de même. L'utérus ne tient plus que par la base des paramètres qu'on excise de chaque côté. Hémostase un peu difficile. Recherche des ganglions négative. Suites opératoires simples. 23 février 1907, malade sort. Actuellement, 25 juillet 1907, pas de récidive.

Observation V

(Docteur Fritz de Beule, à Gand. — *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1910.)

La malade était une vieille petite femme de 72 ans, très courageuse et fort bien conservée. Elle avait eu plusieurs enfants ; premier accouchement laborieux ; déchirure profonde du périnée ; léger prolapsus utérin ; jamais de pessaire.

A la face postérieure du vagin, immédiatement au-dessus de l'anneau vulvaire ; ulcère cratériforme grand comme une pièce de 5 francs, à pourtour largement induré : hémorragie à répétition ayant débuté depuis près de trois mois ; symptômes d'irritation rectale ; paroi antérieure du rectum infiltrée ; muqueuse moins souple et adhérente ; ganglions dans les deux aines. Diagnostic clinique : cancer primitif du vagin.

Curage préalable des régions inguinales. Puis grande

incision en raquette, partant de la symphyse sacro-iliaque gauche, pour se bifurquer à la pointe du coccyx et circonscrire en même temps l'anus et l'entrée vaginale. Dissection des lèvres de l'incision et fermeture en bourse des ouvertures anale et vulvaire. Résection du coccyx et du tiers inférieur du sacrum. Libération du rectum tout en haut; ouverture du péritoine; section du méso-rectum et abaissement de l'anse iliaque. Ensuite fermeture de la brèche péritonéale par suture et, à l'aide du thermocautère, section transversale du rectum entre entre 2 clamps. Le bout supérieur, enveloppé d'une compresse, est mis de côté. Le tronçon inférieur abaissé, le vagin se laisse sans peine dégager à droite et à gauche; il est sectionné entre deux clamps posés au ras du col utérin : le décollement de la paroi vaginale antérieure d'avec la vessie et l'urètre s'achève alors facilement de de haut en bas. Fixation du rectum, préalablement tordu sur son axe, dans l'angle supérieur de la plaie sacrée; matrice abaissée et suturée par sa collerette vaginale dans l'angle antérieure de la brèche périnéale; celle-ci est rétrécie en grande partie par les points de suture perclus, et pour le reste convenablement tamponnée. L'opération marcha fort régulièrement : l'hémorragie fut cependant assez considérable; le saignement en nappe surtout se montra abondant.

L'évolution post-opératoire se passe sans incident; cicatrisation rapide; au bout d'un mois l'opérée était sur pied. Jusqu'à présent, depuis trois ans donc, elle se porte très bien; il n'y a pas trace de récidive. Le cancer était un épithélioma pavimenteux; il n'existait pas d'infiltration cancéreuse des ganglions inguinaux énucléés.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer primitif du vagin comporte un pronostic très grave.

II. — Pour un cancer limité, bas situé sur la paroi postérieure du vagin, la méthode du dédoublement de la cloison recto-vaginale est le procédé indiqué.

III. — Pour un cancer haut situé, avec propagation au col, on pourra, soit essayer encore la méthode du dédoublement avec une amputation très haute du col, soit pratiquer l'hystérectomie par voie abdominale vaginale ou vagino-abdominale.

IV. — Pour un cancer infiltré, avec propagation au tissu cellulaire sous-péritonéal et au rectum, on tentera, quand la chose sera possible, c'est-à-dire le néoplasme pas trop étendu, la résection du rectum, du vagin, avec ou sans l'utérus, par le procédé abdomino-périnéal de Himmelfarb, ou la voie parasacrée comme l'a déjà fait de Beule.

BIBLIOGRAPHIE

Fritz de Beule. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique (Extrait 1910).

Himmelfarb. — Contribution au traitement opératoire du cancer primitif du vagin (Revue de gynécologie, 1907, p. 589).

Trapenard. — Thèse de Paris, 1907.

Bourgeot. — Thèse de Lyon, 1907.

Pozzi. — Traité de gynécologie, t. II.

Bonnefous. — Thèse de Paris, 1902.

Duval et Faure. — Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1906.

Imbert et Piéri. — Gazette des hôpitaux, 1906.

Kustner. — Archiv. für Gynæk., 1876. Bd IX, p. 279.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie.

Lauenstein. — Deutsche Zeitschrift für Chir., 1895, p. 415.

Martin. — Traité clinique des maladies des femmes. Traduc. franç., 1889, p. 306.

Olshausen. — Centralbl. für Gynæk., 1895.

Pichevin et Petit. — Congrès international de Genève et Annales de gynécologie, 1896, p. 458.

Duhrssen. — Centralbl. für Gynæk., 1895, n. 9.

Von Eiselsberg. — Centralbl. für Gynæk., 1889, n. 35, p. 619.

Krönig. — Arch. für Gynæk.. 1901, Bd LXIII, 1 et 2.

Rondot. — Gaz. hebdomad., 1875, n. 14, 15 et 16.

Thomsen. — Centralbl. für Gynæk., 1895, n. 9.

Thorn. — Centralbl. für Gynæk., 1895, n. 9.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 14 juin 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 juin 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE